

## Protección Familiar / Seguro de Vida Colectivo

### Solicitud de Ampliación del Capital Asegurado

.....  
Solicitante:

.....  
Matrícula N°

Fecha de Nacimiento:

Solicito pertenecer al grupo:  
(marque con una cruz)

**B**

**C**

**D**

#### Declaración Jurada de Salud

Art.5° de la Ley de Seguros N° 17.418: "Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurable, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hacen nulo el seguro".

**Marque si usted sufre actualmente o ha sufrido en el pasado alguna de las afecciones detalladas a continuación:**

Asma o fatiga respiratoria -Cólicos intestinales- Convulsiones o temblores- Sangre en la orina-Deposiciones con sangre- Vómitos con sangre-Expectoraciones con sangre -Opresión o palpitaciones- Ganglios inflamados-Trastornos nerviosos o mentales- Diabetes-Gota-Tumores-Enfermedades del corazón-Enfermedades de riñón ó vejiga-Enfermedades de hígado o vesícula-Enfermedades del estómago o intestinos-Hipertensión Arterial- Acidez o dolores de estómago-Enfermedades de transmisión sexual.

Alguna otra afección no detallada más arriba: (indique).....

Por favor: AMPLIE si ha marcado o indicado alguna de las afecciones detalladas anteriormente:(indique fecha y estado actual)

.....  
.....  
.....

Estatura(mts):.....Peso(kgs):.....

**Declaro que la información consignada precedentemente sobre mi salud es verídica, precisa y completa.**

Relevo del secreto profesional a los médicos o Instituciones públicas y privadas que me han examinado o asistido o que lo puedan hacer en el futuro, para suministrar informes acerca de mi salud y autorizo a CAJA DE MEDICOS SEGUROS, a solicitar cualquier tipo de informes sobre mis antecedentes clínicos.

.....  
Lugar y fecha

Firma del Afiliado / Solicitante / Aclaración

La recepción de esta declaración no implica la aceptación del riesgo (ART. 4 LEY 17.418)

Certifico que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia

.....  
Firma y Aclaración

## Protección Familiar / Solicitud de Vida Colectivo

### Destinatarios

- Afiliados a la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires.

### Cobertura

- Fallecimiento por cualquier causa o enfermedad.
- Invalidez total y permanente.
- Anticipo del 50% del Capital Asegurado ante el diagnóstico de una Enfermedad Terminal contraída con posteridad a la fecha de inicio de la cobertura.
- Reintegro de gastos por Trasplante de órganos hasta la suma de \$ 50.000 (hasta los 65 años de edad)

### Requisitos de Incorporación

- Aprobación de la Declaración de Salud.

### Beneficios

- El asegurado puede jubilarse sin perder la cobertura. No posee edad límite de incorporación ni edad máxima de permanencia.
- Protección al cónyuge: el cónyuge del asegurado puede incorporarse en iguales condiciones que el titular.
- Protección para los hijos: los hijos menores de 21 años pueden ser asegurados por la cobertura básica en \$ 4.140 abonando tan sólo \$ 0,69 mensuales por hijo.
- Es adicional a cualquier otro seguro que usted posea.

### Capital Asegurado

Edad	A	B	C	D
menor de 40 años	\$69.000	\$138.000	\$207.000	\$276.000
40 años a menor de 55 años	\$34.500	\$69.000	\$110.400	\$138.000
55 años a menor de 65 años	\$13.800	\$27.600	\$41.400	\$41.400
65 años a menor de 70 años	\$6.900	\$13.800	\$13.800	\$13.800
70 años y mayores	\$3.450	\$3.450	\$3.450	\$3.450

### Costo mensual

Edad	A	B	C	D
menor de 40 años	\$41,75	\$83,50	\$125,25	\$167,01
40 años a menor de 55 años	\$28,98	\$57,96	\$92,74	\$115,92
55 años a menor de 65 años	\$17,25	\$34,50	\$51,75	\$51,75
65 años a menor de 70 años	\$17,25	\$34,50	\$34,50	\$34,50
70 años y mayores	\$17,25	\$17,25	\$17,25	\$17,25